

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N° 9

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Élianora KRAJEVITCH

Née le 26 Octobre 1916, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 20 JANV 1943 19

**À propos d'un cas de cancer
de l'utérus
chez une petite fille de 11 mois
révélé par des métrorragies**

Président : M. LEVEUF, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat: **KRAJEVITCH.**

Prénom : **Élianora.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

KRAJEVITCH (Elianora) — A propos d'un cas de cancer de l'utérus chez une petite fille de 11 mois révélé par des métrorragies. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 67 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

KRAJEVITCH (Elianora) — A propos d'un cas de cancer de l'utérus chez une petite fille de 11 mois révélé par des métrorragies. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 67 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

KRAJEVITCH (Elianora) — A propos d'un cas de cancer de l'utérus chez une petite fille de 11 mois révélé par des métrorragies. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 67 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

KRAJEVITCH (Elianora) — A propos d'un cas de cancer de l'utérus chez une petite fille de 11 mois révélé par des métrorragies. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 67 p., 4 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Élianora KRAJEVITCH

Née le 26 Octobre 1916, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

**A propos d'un cas de cancer
de l'utérus
chez une petite fille de 11 mois
révélé par des métrorragies**

Président : M. LEVEUF, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943



I. — PROFESSEURS

LE DOYEN BAUDOUIN

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	QUENU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	Henri BENARD.
Pathologie expérimentale comparée	CHIRAY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBE.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CADENAT.
Cliniques des maladies infectieuses	GOSSET.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BROCCQ.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	NATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
Professeurs sans chaire	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirur-	HAGUENAU	Pathologie	médi-
	cale.			cale.	
BARIETY	Pathologie	médi-	LACOMME	Obstétrique.	
	cale.		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BERNARD Etienne.	Pathologie	médi-	LAVIER	Parasitologie.	
	cale.		LELONG	Pathologie	médi-
BESANÇON Justin.	Hydrologie.			cale.	
BONNET	Bactériologie		LEMAIRE	Pathologie	expéri-
BOULIN	Pathologie	médi-		mentale.	
	cale.		LENEGRE	Pathologie	médi-
BROUET	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		Mlle J. LEVY	Pharmacologie.	
BULLIARD	Histologie.		MARCHAL	Pathologie	médi-
CACHERA	Pathologie	médi-		cale.	
	cale.		MENEGAUX	Pathologie	chirur-
CORDIER	Anatomie.			gicale.	
COSTE	Pathologie	médi-	MOLLARET	Pathologie	médi-
	gicale.			cale.	
JOUELAIRE (Roger)	Urologie.		MOUQUIN	Pathologie	médi-
DELARUE	Anatomie	patholo-		cale.	
	gique.		PATEL	Pathologie	chirur-
DELAY	Pathologie	médi-		gicale.	
	cale.		PETIT-DUTAILLIS	Pathologie	chirur
DESGREZ (H.) ...	Physique.			gicale.	
DESOILLE	Médecine légale.		RENARD	Ophtalmologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RICHET	Physiologie.	
DOGNON	Physique.		SENEQUE	Pathologie	chirur-
FEVRE	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SICARD	Pathologie	chirur-
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirur-		gicale.	
	gicale.		SOULIE	Pathologie	médi-
GALLIARD	Parasitologie.			cale.	
GARCIN	Pathologie	médi-	SUREAU	Obstétrique.	
	cale.		TURPIN	Pathologie	médi-
Mlle GAUTHIER-				cale.	
VILLARS	Anatomie	patholo-	WILMOTH	Pathologie	chirur-
	gique.			gicale.	
DE GENNES	Pathologie	médi-			

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie	HUGUENIN	Anatomie
	gicale.		Patholo-
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.		gique.
GUENIOT	Obstétrique.	LE LORIER	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
	gicale.		Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
CHABROL		de GAUDART	
CHEVALLIER .		d'ALLAINES .	
LAROCHE Guy		MOULONGUET .	
LIAN		MOURE	
MOREAU			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans qu'elle entende en donner approbation ni improbation.

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEVEUF

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie,
Membre de l'Académie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand hon-
neur de bien vouloir accepter la
présidence de notre thèse.*

A MON MAITRE
MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT

Médecin de l'Hôpital Bretonneau,
Officier de la Légion d'Honneur,

*Qui nous a inspiré ce travail.
En reconnaissance pour le
précieux enseignement qui nous
a été donné dans son service.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR OLIVIER

Professeur d'Anatomie à la Faculté,

Membre de l'Académie.

Officier de la Légion d'Honneur.

En hommage de notre respectueuse gratitude pour l'hospitalité qui nous a été accordée au Laboratoire d'Anatomie.

A ce bon Maître qui a guidé nos premiers pas à la Faculté.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANTUEJOUL

Accoucheur de l'Hôpital Bretonneau,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR FIESSINGER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT.

EXTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR SORREL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LESNE.

MONSIEUR LE DOCTEUR FAROY.

MONSIEUR LE DOCTEUR WEISMANN-NETTER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LANTUEJOUL.

MONSIEUR LE DOCTEUR MILHIT.

A MES MAITRES DE L'INSTITUT COLONIAL

A MES MAITRES DE LA FACULTE
DE MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le Service de notre Maître, le Docteur MILHIT, le cas d'un cancer de l'utérus survenu chez une enfant de 11 mois.

La rareté du fait nous a incitée, à l'instigation de notre Maître, à entreprendre ce travail.

Nous rapporterons d'abord l'observation de notre petite malade. Nous citerons ensuite des cas qui nous ont semblé se rapprocher le plus du nôtre, ayant éliminé les observations d'enfants âgés de plus de 11 ans. En effet, ce sont les cancers utérins survenus avant la puberté qui nous ont particulièrement intéressée.

Le diagnostic est, somme toute, celui d'une métrorragie chez une toute petite fille. S'il est aisé d'éliminer les causes évidentes ou banales, comme le traumatisme, les maladies hémorragipares, enfin certaines formes de gonococcie, il n'en est pas de même de la puberté précoce.

Qu'elle soit primitive ou secondaire à un processus tumoral, son signe cardinal est l'installation précoce

des règles. Le flux cataménial survient souvent comme un signe précurseur, et on se trouve en présence d'une métrorragie sans signes sexuels secondaires.

C'est ce diagnostic qu'il nous a paru intéressant d'approfondir, car c'est d'un diagnostic précoce que dépendra l'avenir de la petite malade.

HISTORIQUE

Les auteurs anciens ont insisté sur le fait que le cancer est l'apanage de la deuxième moitié de la vie. Les cas de cancer chez les enfants étaient considérés comme une véritable curiosité pathologique.

Ainsi, GÜSSEROW, en 1866, dans une étude sur la fréquence des cancers de l'utérus chez la femme, sur 3.471 cas, trouva seulement une seule malade âgée de 19 ans, et 114 entre 20 et 30 ans.

Les auteurs modernes ont attiré l'attention sur la relative fréquence du cancer dans le jeune âge. Les statistiques du cancer de l'utérus montrent une augmentation des cas de cancers utérins chez la jeune femme.

CULLEN, cité par J. B. GILBERT (1900), dans son étude approfondie sur les néoplasmes utérins, ne trouve que trois malades âgées de moins de 30 ans.

PETERSON (1919), sur 500 cas, signale 1,4 p. 100 de cas survenus entre 20 et 25 ans.

LANE-CLAYPON, cité également par J. B. GILBERT (1927), donne le chiffre de 1,2 p. 100 pour les malades âgées de moins de 30 ans.

Comme nous venons de le voir, ces données statistiques négligent complètement les cas de cancer de l'utérus chez le petit enfant. C'est qu'à cette époque cette notion n'avait pas cours.

Ce sont les auteurs contemporains, surtout de l'école américaine, qui ont mis en évidence la fréquence relative des tumeurs malignes chez l'enfant.

Ainsi, HIRST (1929) publie un cas chez une fillette de 15 ans.

GILBERT, puis MORSE, étudient ce problème à la faveur de cas personnels qu'ils publient. GILBERT (1932) estime que le cas qu'il rapporte est le sixième cité dans la littérature jusqu'à ce jour. Il pense qu'une grande difficulté subsiste pour déterminer l'exacte histologie et le véritable point de départ des tumeurs pelviennes chez la petite fille. Il admet que le sarcome est une tumeur relativement commune. Des vestiges embryonnaires, tels que le canal de WOLF, sont un point de départ possible pour de tels néoplasmes se développant à partir de vestiges embryonnaires. En fait, il y a un groupe important de tumeurs mixtes, d'origine congénitale, qui sont difficiles à classer.

LOCKHART (1935), dont nous rapporterons également l'observation, estime que le nombre de cancers de l'utérus publiés chez l'enfant, s'élève à treize.

Nous voyons donc que les cas de cancers de l'utérus chez le tout jeune enfant sont rares et que leurs caractères anatomo-pathologiques sont loin d'être précis.

CANCER DE L'UTERUS
CHEZ UNE ENFANT DE ONZE MOIS

observé dans le Service du Docteur MILHIT

L'enfant A... Ch..., âgée de 11 mois, est entrée dans le Service le 8 juillet 1942.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES.

Mère âgée de 37 ans, bien portante; mariée à l'âge de 36 ans, notre petite malade est son premier enfant. Les premières règles sont apparues à l'âge de 13 ans; elles sont régulières, assez abondantes, durent cinq jours. La grossesse a été bien supportée. Actuellement, nouvelle grossesse de huit mois, bien supportée également.

La grand'mère de l'enfant est diabétique. Les grands-parents sont cousins germains.

Père âgé de 44 ans; il est remarié. Semble être en très bonne santé mais, dans les antécédents collatéraux, on note des troubles de la crase sanguine : ainsi, sa mère présenterait des troubles hémogéniques, un fils du premier lit « saigne souvent de la même na-

rine quand il se mouche ». Deux petites filles, toujours du premier lit, sont paraît-il bien portantes.

On ne trouve en fait dans les antécédents, à part quelques troubles de la crase sanguine, aucune tare héréditaire manifeste : pas de tuberculose, pas de syphilis, pas de cas de cancer évidents.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.

Notre petite malade est née à terme le 7 juin 1941, et pesait 2 kg. 750. On ignore le poids du placenta. La grossesse, avons-nous dit, a été bien supportée. L'enfant a été d'abord nourrie au sein exclusivement, puis a été complétée avec du lait concentré.

La mère raconte qu'à l'âge de quelques semaines l'enfant prit froid : elle présenta alors un syndrome de déshydratation assez prononcé. Son poids est resté stationnaire pendant deux mois. A l'âge de deux mois, une montée laiteuse est apparue. A six mois, l'enfant souffre d'une bronchite et d'une otite. Elle pèse alors 6 kilos. Première dent à l'âge de dix mois.

HISTOIRE DE LA MALADIE.

Le début de la maladie remonte au mois de janvier 1942. L'enfant alors avait sept mois. Pendant trois jours consécutifs, la mère a remarqué dans les couches de l'enfant quelques taches de sang. Pendant un certain temps, on ne remarque plus rien puis, au mois

de février, trois semaines environ après les premiers signes, un nouvel épisode survient. Pendant deux jours de suite, les couches de l'enfant sont encore une fois tachées de sang.

Après une accalmie d'un mois environ, au mois de mars 1942, une véritable hémorragie survient et le fait se répète cinq fois jusqu'au mois d'avril.

Un médecin que la famille appelle au chevet de la petite malade parle d'hémogéno-hémophilie, en rapport probablement avec les antécédents paternels. Cependant, on ne recherche pas le temps de saignement ni le temps de coagulation.

Dans le courant du mois de mars, un nouveau phénomène survient : la mère dit que l'enfant a des pertes semi-solides, blanchâtres, qui tachent les langes. Elle compare ces débris à des « boules de graisse ». On invoque alors le diagnostic de vaginite.

Au mois d'avril 1942, une hémorragie abondante se produit. Elle dure deux jours après lesquels l'enfant paraît abattue, somnolente. « Elle a dormi trois jours », précise la maman. L'anamnèse permet de préciser que les hémorragies semblent survenir à la suite d'un effort : une défécation difficile, des cris, des pleurs. Le sang est rouge, avec quelques caillots, et l'hémorragie, par son abondance, dépasse de beaucoup les précédentes ; elle tache une serviette éponge, le drap, infiltre le matelas.

Au mois de mai 1942, on pratique une numération globulaire (5 mai 1942) justifiée par la pâleur de l'enfant :

Hématies	2.720.000
Globules blancs	12.200
Polynucléaires :	
neutrophiles	41
éosinophiles	4
Lymphocytes	1
Grands mononucléaires	45
Monocytes	9
Normoblastes	1 0/00

Le mauvais état général, les métrorragies répétées, l'anémie assez sérieuse furent les raisons pour lesquelles l'enfant a été adressée au Docteur MILHIT à l'Hôpital Bretonneau.

Le 13 mai 1942, nous nous trouvons en présence d'une enfant de 11 mois, pesant 7 kg. 500, plutôt petite pour son âge; son état général est relativement satisfaisant. Le panicule adipeux est moyen, la peau normale, mais le teint est pâle. La fontanelle n'est pas complètement fermée. L'enfant ne marche pas, ne parle pas.

La température est normale.

Appareil respiratoire :

Normal cliniquement.

Appareil circulatoire :

Les bruits du cœur sont bien frappés et normaux.
Le pouls est régulier à 90.

Appareil digestif :

L'enfant a un bon appétit. Elle présente deux incisives supérieures et deux inférieures médianes.

La palpation absolument indolore de l'abdomen ne permet de sentir aucune masse anormale; le foie débordé légèrement les fausses côtes sur la ligne mamelonnaire.

La rate n'est ni percutable, ni palpable.

Appareil génital :

La recherche des signes extérieurs de puberté précoce s'avère négative.

Les organes génitaux externes sont normaux pour l'âge de l'enfant.

On ne note aucun duvet au pubis et aux aisselles.

Les seins ne sont pas hypertrophiés et la pression ne ramène pas de sécrétion lactée.

Système nerveux :

On ne trouve aucun trouble de la sensibilité ni des réflexes tendineux et cutanés.

La mobilité et le tonus musculaire sont normaux.

La cuti-réaction à la tuberculine est négative.

Le temps de saignement est de deux minutes, le temps de coagulation de dix-huit minutes sur lame.

On prescrit du chlorure de calcium, de la vitamine K, de l'iodure de fer, un traitement à base de sérum sérique.

Nous revoyons l'enfant le 15 mai 1942, pour une numération globulaire :

Hématies	3.200.000
Leucocytes	11.500
Hémoglobine	50 0/0
Polynucléaires neutrophiles	39
Polynucléaires éosinophiles	3
Polynucléaires basophiles	2
Lymphocytes	10
Monocytes	34
Grands mononucléaires	11
Myélocytes	1

Le temps de saignement s'élève à 2'30".

Le 18 mai, la mère remarque l'existence d'un faible suintement hémorragique. En même temps existe une diarrhée qui paraît banale.

L'enfant est encore revue par nous le lendemain. Les urines retirées par sondage sont claires et l'examen du culot urinaire ne montre pas de globules rouges.

Ceci permet d'éliminer une hémorragie d'origine urétrale. Il n'y a pas de pus, pas de cylindres.

Une nouvelle numération globulaire montre :

Hématies	3.510.000
Leucocytes	9.400
Hémoglobine	55 0/0
Polynucléaires neutrophiles	26
Polynucléaires éosinophiles	3
Polynucléaires basophiles	0
Lymphocytes	4
Monocytes	46
Grands mononucléaires	19
Plasmocytes	2

Dix jours plus tard, le 29 mai 1942, la mère nous ramène l'enfant. Elle nous signale avoir remarqué de nouveau quelques pertes sanglantes.

Une numération globulaire est pratiquée :

Hématies	2.600.000
Leucocytes	15.800
Hémoglobine	50 0/0
Polynucléaires neutrophiles	51
Polynucléaires éosinophiles	1
Polynucléaires basophiles	2
Lymphocytes	1
Mononucléaires	31
Grands mononucléaires	12
Métamyélocytes	2
Plasmocytes	1

Hématies nucléées : 1 p. 100 des leucocytes.

On constate les progrès de l'anémie; la mère se décide alors à nous confier l'enfant.

Deux transfusions sont faites, à la suite desquelles le temps de coagulation est de 7 minutes tandis que le temps de saignement s'élève à 3'30".

Pendant son séjour à l'hôpital, l'état général de l'enfant s'améliore; l'appétit est bon; il n'y a plus de pertes sanglantes et, le 4 juin 1942, l'enfant peut être reprise par ses parents.



Lors du premier examen de notre malade, deux diagnostics principaux furent discutés : celui d'hémogéno-hémophilie et celui de puberté précoce. En effet, les signes cliniques permettaient d'éliminer un corps étranger du vagin, et une vaginite gonococcique. Certes, de fortes présomptions plaidaient alors en faveur d'une cause hémogénique des hémorragies. Mais, somme toute, les troubles de la crase sanguine n'étaient pas très prononcés. Par ailleurs, aucune tache purpurique, aucune hémorragie autre que les métrorragies, ne venaient étayer ce diagnostic. Quant à la puberté précoce, nous avons longuement envisagé cette éventualité. Nos investigations cliniques n'ont pas permis de mettre en évidence une tumeur glandulaire capable d'expliquer un syndrome de puberté précoce se-

conculaire. Il restait donc la possibilité d'une puberté précoce dite essentielle, que l'on pouvait invoquer malgré l'absence de signes sexuels secondaires. En effet, les règles peuvent être au début le seul signe de la puberté précoce.

HISTOIRE DE LA MALADIE (*suite*).

Mais, le 24 juin 1942, on nous ramène l'enfant car, la veille, elle a présenté une nouvelle métrorragie, d'ailleurs discrète.

L'examen général montre alors l'existence d'un symptôme nouveau : le ventre est ballonné, météorisé, une circulation collatérale apparaît. Cependant, on ne constate pas d'œdème des membres inférieurs et les téguments sont indemnes.

Une nouvelle numération globulaire est pratiquée ; elle montre :

Hématies	3.360.000
Leucocytes	16.800
Hémoglobine	50 0/0
Polynucléaires neutrophiles	40
Polynucléaires éosinophiles	5
Mastzellen	1
Lymphocytes	18
Moyens mononucléaires	33
Mononucléaires	2

Métamyélocytes	0
Normoblastes	1

Ce n'est que le 7 juillet 1942 que nous avons l'occasion de revoir notre petite malade.

Son état général paraît déficient; les traits sont tirés, la pâleur a augmenté, l'enfant est fatiguée.

La circulation collatérale est devenue beaucoup plus nette.

La palpation permet alors de sentir, dans la partie inférieure de l'abdomen, une masse volumineuse, presque médiane, dure, de la grosseur d'une mandarine. Cette tumeur déborde nettement la symphyse pubienne; elle est relativement facile à palper. Elle paraît être bien limitée en haut et latéralement. La palpation en semble indolore.

La constatation d'une tumeur abdomino-pelvienne fit orienter notre diagnostic d'une manière toute différente. Nous montrâmes notre petite malade au Docteur Boppe, chirurgien de l'Hôpital Bretonneau.

Un toucher rectal permit de sentir une tumeur pariétale haut située. Cette manœuvre déclencha une hémorragie vaginale.

Entre autres, la possibilité d'un hématôme du grand droit fut envisagée.

A cette époque, le temps de coagulation était de 14 minutes.

Le 11 juillet 1942, tout mouvement imprimé à la masse tumorale par la palpation de l'abdomen déclenche une hémorragie.

En l'absence du Docteur BOPPE, son Assistant, le Docteur GARNIER, examine alors l'enfant. Il constate à la palpation : la présence d'une volumineuse tumeur bosselée, irrégulière, médiane, déjetée du côté droit de l'abdomen. On fait bien le tour de son cône supérieur qui présente une certaine mobilité. Il semble que la tumeur ait un pédicule inférieur qui s'enfonce profondément en arrière du pubis. On remarque que la palpation de la tumeur déclenche un abondant suintement de sang, un peu fétide, par le vagin. On force l'hymen avec le doigt et on peut explorer la cavité vaginale. On tombe au milieu d'un magma qui remplit et dilate la cavité vaginale et qui est composé de sang, de paquets de fibrine et d'une série de masses bourgeonnantes insolites qui ressemblent à des bourgeons sarcomateux. On n'arrive pas à identifier le col utérin, et on a l'impression que le doigt s'engage dans une sorte de cratère dur mais friable d'où l'on ramène ces bourgeons. On fait le diagnostic de sarcome de l'utérus et on décide de pratiquer une laparotomie exploratrice de vérification.

La petite malade est opérée le 13 juillet 1942 par le Docteur GARNIER.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE.

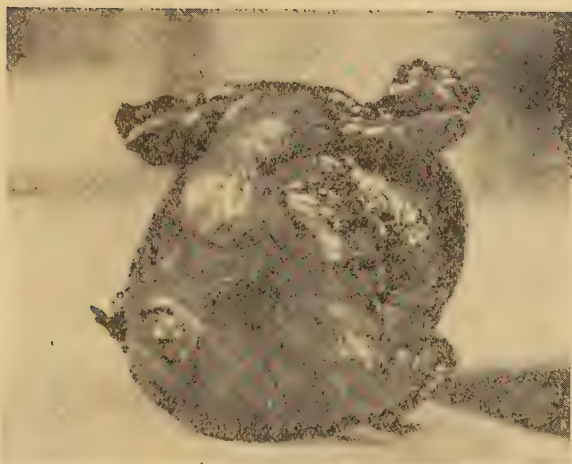
Anesthésie générale à l'éther.

Incision médiane sous-ombilicale légèrement prolongée à droite, au-dessus de l'ombilic. Liquide séreux dans le péritoine. On tombe sur une volumineuse tumeur utérine présentant tous les aspects d'un sarcome. Au cours des manœuvres d'exploration, elle se rompt spontanément au niveau de la face postérieure de l'isthme, et laisse échapper de nombreux bourgeons friables, indiscutablement sarcomateux. Au niveau de l'isthme, la tumeur adhère en avant à la vessie et, en arrière, au rectum.

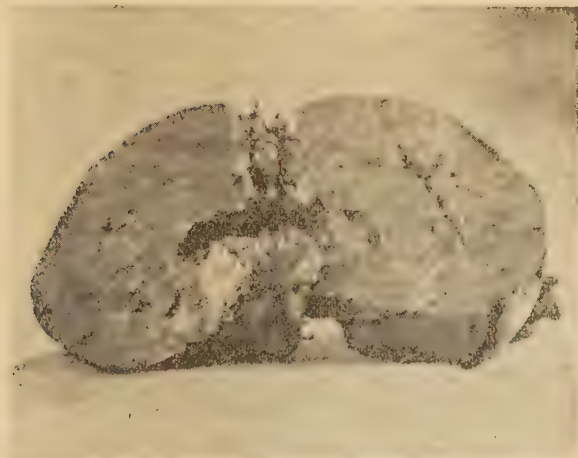
La rupture spontanée de cette tumeur nous oblige à faire une hystérectomie subtotale atypique. Les six ligatures sont pratiquées, mais il est absolument impossible de suturer le col néoplasique. On laisse un tamponnement serré au contact et on cloisonne en fixant le sigmoïde du côté droit du tamponnement au péritoine vésical. Suture en trois plans. L'opération terminée, on s'aperçoit que la vulve donne issue à du sang fétide et à de nombreux fragments sarcomateux détachés.

Conclusion : sarcome de l'utérus propagé au col.

Dans les premiers jours après l'intervention, l'état



Utérus et annexes prélevés lors de l'intervention.



Coupe sagittale de la tumeur
passant par la cavité utérine.

général de notre petite opérée est relativement satisfaisant. Après l'opération, elle a eu une transfusion de 50 grammes, puis 100 cc. de sérum physiologique sous-cutané pendant 10 jours. La température, après un clocher à 39°8 le lendemain de l'opération, se maintient aux environs de 38°5. Comme la fièvre persistait encore une semaine après l'hystérectomie on administra 0 gr. 50 *pro die* de 693 pendant 7 jours. La température baisse alors rapidement. Cependant, un écoulement sanieux suinte par le vagin; le pansement abdominal est fétide.

Le 1^{er} août 1942, le tableau devient très sombre : la température est oscillante, irrégulière, à 38°5 pendant quelques jours; elle monte à 39° pour descendre à 37° le lendemain, puis une ascension se produit sans cause apparente. Une solution isotonique de pectine permet de lutter, dans la mesure du possible, contre les hémorragies. L'état général décline; une anorexie progressive s'installe; on pratique cependant une numération globulaire :

Hématies	2 290.000
Leucocytes	12.200
Hémoglobine	60 0/0
Polynucléaires neutrophiles	74
Polynucléaires éosinophiles	0
Polynucléaires basophiles	1
Lymphocytes	3

Mononucléaires	13
Grands mononucléaires	8
Plasmocytes	1

Le 18 août, la douleur est manifeste; des suppositoires d'extrait thébaïque sont ordonnés. La déchéance physique va s'accroissant. Le 1^{er} septembre, on est obligé de recourir à des injections sous-cutanées d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine par jour tant les douleurs sont vives.

Le 3 septembre, la température monte en flèche à 40°9 et, le 5 septembre 1942, l'enfant meurt.

Depuis le début des premiers symptômes, huit mois se sont écoulés.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Examen macroscopique.

La tumeur utérine prélevée au cours de l'opération mesure 6 cm. 5 de large sur 6 cm. de haut environ; elle est dure, bosselée. Le col est difficile à repérer; à ce niveau, on note l'existence de bourgeons friables. Lorsqu'on coupe la masse tumorale, perpendiculairement à sa hauteur, on met en évidence une cavité utérine presque inexistante et remplie de bourgeons friables; les parois en sont irrégulières. A la

coupe, on voit de nombreux noyaux plus durs entourés par des zones nécrosées sur toute l'épaisseur du muscle et de la muqueuse utérine.

Examen microscopique.

C'est à l'obligeance du Docteur J. DELARUE, Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, que nous devons l'examen histologique de nos coupes :

« Les coupes vertico-frontales intéressant l'utérus montrent que la cavité utérine est comblée par une prolifération néoplasique et infiltrée également sur presque toute l'épaisseur du myomètre.

La tumeur est constituée par des formations épithéliales glanduliformes, irrégulières, bordées par des éléments cylindriques souvent disposés en plusieurs assises superposées, riches en mitoses et en atypies nucléaires. Ces formations épithéliales sont le plus souvent séparées les unes des autres par un tissu conjonctif œdémateux et parfois nécrobiotique, avec présence de suffusions hémorragiques disséminées.

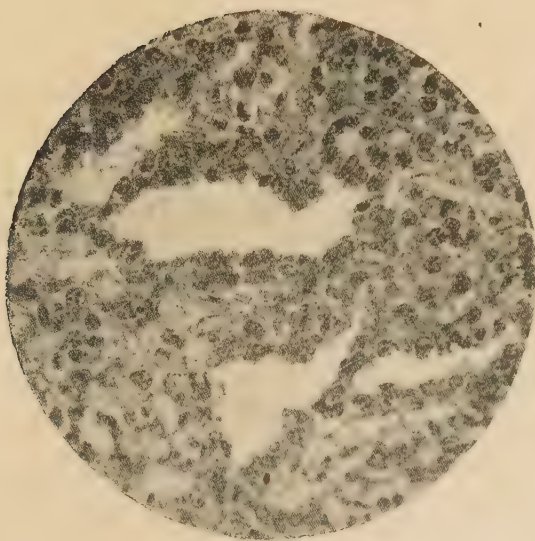
Mais, en d'autres régions à la prolifération épithéliale est associée une pullulation d'éléments de type mésenchymateux, qui sont des cellules ovalaires également riches en mitoses, intimement liées aux cellules épithéliales qu'elles environnent.

La structure d'ensemble de cette tumeur est celle

COUPES PRELEVEES AU NIVEAU DU CORPS UTERIN



Moyen grossissement.



Fort grossissement.

d'un épithélioma cylindrique glanduliforme et cylindrique papillaire. Il convient de noter tout particulièrement la prolifération mésenchymateuse tumorale qui l'accompagne, et qui représente une pullulation des cellules du chorion cytogène. Ainsi se trouve réalisée une tumeur en quelque sorte bitissulaire, dans laquelle l'association d'éléments mésenchymateux et d'éléments épithéliaux rappelle la constitution du blastème génital dont elle est la caricature.

L'étude histologique de l'ovaire et de la trompe ne montre pas la moindre altération inflammatoire ou la moindre prolifération tumorale.



Tel est le cas qu'il nous a été donné d'observer dans le Service du Docteur MILHIT.

En résumé, nous pouvons dire qu'il s'agissait d'une enfant de onze mois, présentant des métrorragies. Ces hémorragies survenaient d'abord à des intervalles plus ou moins espacés et qui, ultérieurement, se sont singulièrement rapprochés. Le diagnostic envisagé dès le premier examen fut celui d'hémorragies dues à des troubles de la crase sanguine; ensuite, on discuta longuement la possibilité d'une puberté précoce à son début. Ce fut l'apparition de la circulation collatérale de la tumeur abdomino-pelvienne, en même temps

que l'aggravation de l'état général et la persistance des hémorragies qui permirent de poser un diagnostic précis.

A côté de notre observation, il nous a paru intéressant de rapporter l'essentiel de quelques observations antérieures à la nôtre. Certes, le diagnostic fut toujours hésitant au début, mais le symptôme capital, les métrorragies, n'a jamais manqué. C'est leur périodicité, au début de la maladie, qui égara le diagnostic. C'est sur ce point qu'il nous a paru intéressant d'insister, car c'est l'hémorragie intermittente chez la toute petite fille qui fait discuter entre autres la possibilité d'une puberté précoce.

OBSERVATION I.

Carcinome du corps de l'utérus chez une enfant de 11 ans. (J. B. GILBERT, de New-York, U. S. A.).

L'enfant J... C..., âgée de 11 ans, est admise à l'hôpital le 27 mars 1928, pour des pertes sanglantes vaginales, une légère gêne abdominale et l'existence d'une tumeur pelvienne.

Le début remonte au mois de septembre 1927 : il a été caractérisé par une hémorragie vaginale qui a duré trois jours. Les trois mois suivants, la malade présente des hémorragies régulièrement tous les mois; elles durent de trois à quatre jours. Mais, en janvier et février, rien d'anormal ne se produit.

Le jour de son entrée à l'hôpital, cette enfant présente une métrorragie sans aucune douleur; en outre, l'examen met en évidence une tumeur pelvienne qui, découverte il y a déjà trois mois, a paraît-il, sensiblement augmenté.

Cette masse tumorale a 12 cm. de diamètre; elle est abdomino-pelvienne. Dure, non mobilisable, elle n'est pas adhérente aux plans superficiels. L'examen provoque une hémorragie vaginale. Le reste de l'examen général est négatif.

L'enfant est opérée le 30 mars 1928.

Compte-rendu opératoire :

Anesthésie à l'éther.

Après une incision médiane sous-ombilicale, on découvre une masse irrégulière d'environ 12 cm. de diamètre remplissant le petit bassin et adhérente à la vessie. Une hystérectomie fondique avec oophorosalingectomie droite est pratiquée. La trompe et l'ovaire gauche semblent normaux et sont respectés.

L'examen histologique permet de conclure à un épithélioma. Les cellules sont polymorphes, certaines sont rondes, d'autres allongées. Les mitoses sont rares. Il semble que le point de départ de la tumeur soit utérin. Ce cancer rappelle plus le carcinome primaire de l'utérus qu'une tumeur à point de départ ovarien.

On institue un traitement par les Rayons X.

Le 28 octobre 1928, une radiographie des poumons montre l'existence d'une métastase pulmonaire étendue, mais on ne note aucun signe de récurrence locale.

L'enfant meurt le 5 décembre 1928.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Conclusion : « Le carcinome utérin chez l'enfant est une rareté mais doit être recherché dans tous les cas de pertes sanglantes, irrégulières, chez la petite fille. »

OBSERVATION II

Adénosarcome papillaire du corps de l'utérus chez une enfant de deux ans (H. A. LOCKHART, de Iowa, U. S. A.).

C'est une petite fille âgée de deux ans et trois mois, la petite D... H..., qui vient nous consulter pour la première fois le 19 juin 1933, pour des hémorragies vaginales répétées.

Le 3 mai 1932, à l'âge de quatorze mois, elle présente pour la première fois une hémorragie vaginale qui dure deux jours. A cette époque, elle est vue par un médecin.

Un prélèvement vaginal est négatif.

L'enfant est soignée par des injections d'argyrol.

Le 14 juin 1932, l'enfant est revue par le médecin : l'hémorragie a cessé, mais on constate l'existence de pertes vaginales. Ce fait fut noté plusieurs fois lors des examens ultérieurs.

Un deuxième prélèvement reste négatif.

On conseille encore des injections désinfectantes.

Le 19 juin 1933, un an après ce premier épisode, la mère constate une nouvelle hémorragie de sang rouge rutilant avec des caillots et elle confie l'enfant à l'hôpital.

Depuis un an, l'enfant avait toujours eu des pertes plus ou moins fétides. A l'interrogatoire de la mère, on ne note rien de particulier dans les antécédents; les trois sœurs et le frère de la petite malade sont tous bien portants. En outre, l'enquête familiale ne révèle aucun cas de tuberculose, syphilis, diabète, cancer, hémophilie ou autres lares héréditaires.

La naissance et la croissance de l'enfant furent normales jusqu'à son hospitalisation. L'enfant a un bon état général et mange bien.

Les organes génitaux externes sont irrités par les pertes. On note une légère hypertrophie des grandes lèvres et du clitoris. L'hymen est intact; l'urèthre normal. Le toucher vaginal élimine l'hypothèse d'un corps étranger, et ne permet pas de sentir de tumeur. Un examen au spéculum ne décèle rien d'anormal. Mais, au toucher rectal, on sent une tumeur arrondie du volume d'un petit œuf de poule; il semble qu'il s'agisse là d'un utérus augmenté de volume.

On ne trouve pas de diplocoques extra ou intra-cellulaires Gram négatif dans les sécrétions vaginales.

Devant ce tableau clinique, on discute la possibilité d'une endométrite, d'une endocervicite non spécifique, de périmétrite. On invoque l'idée d'une puberté précoce.

Des injections vaginales chaudes à l'acide borique alternant avec des lavages au sulfate de zinc puis à l'acide tanique, sont instituées.

L'enfant est revue le 1^{er} juillet 1933. Elle a toujours des pertes et les hémorragies sont plus importantes. Le reste de l'examen montre l'intégrité des fonctions diges-

tives; la vessie est indemne; il n'y a aucun trouble urinaire.

Le 6 juillet 1933, on pratique sous anesthésie générale à l'éther, un toucher rectal combiné à la palpation de l'abdomen. Cette manœuvre permet de sentir mieux la tumeur; elle semble être augmentée de volume et intéresser la moitié gauche du corps et du col de l'utérus. Elle est un peu adhérente en avant, sa consistance est ferme, fibreuse; elle n'est pas fluctuante. Pendant l'examen, la petite malade perd quelques caillots de sang noir par le vagin.

Après une épisiotomie médiolatérale et une hyménectomie, on peut faire un toucher vaginal : la tumeur semble s'être développée aux dépens du col. Elle déprime le cul-de-sac gauche.

Une biopsie est pratiquée sur la lèvre antérieure du col; on prélève également un fragment d'une masse pédiculée de tissu fibreux dans le cul-de-sac gauche.

La petite malade reste encore quelques jours à l'hôpital, puis rentre chez elle.

L'examen histologique des fragments permet de conclure à un carcinome ou même à un carcinosarcome.

On institue un traitement par les Rayons X. Entre le 11 juillet 1933 et le 30 août 1933, la malade reçoit 1.100 R. en 6 fois, la moitié de cette dose sur l'abdomen, l'autre sur le dos. L'enfant va mieux, reprend du poids.

Mais, le 23 septembre 1933, à la suite de cris, suivant la mère, le sang réapparaît. C'est une petite hémorragie de 30 grammes environ, de sang rouge rutilant.

Le toucher rectal montre une diminution des $\frac{2}{3}$ du

volume de la tumeur; elle est devenue très dure, mais semble être plus mobile.

L'appétit reste bon, le pouls inchangé.

La température sous l'aisselle est de 99°9 F.

Les douleurs apparaissent et nécessitent l'administration de teinture d'opium camphrée.

Le 21 octobre 1933, surviennent des symptômes urinaires : pollakiurie, dysurie, puis rétention d'urine. Un cathétérisme de l'urèthre ramène 300 c.c. d'une urine trouble et foncée.

L'enfant saigne tous les jours par le vagin; les urines sont sanglantes : un cathétérisme quotidien ramène de 150 à 300 cc. d'urine. On a recours à des injections intravésicales d'une solution au 1/100^e de mercuro-chrome, après un lavage de vessie avec une solution d'acide borique et de sérum isotonique.

Durant les trois derniers mois de la maladie, la palpation de l'abdomen permet de bien sentir la tumeur. Elle déborde de deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne et est située franchement à gauche de la ligne médiane.

L'évolution, dès lors, est très rapide : perte de poids et de l'appétit, anémie progressive.

La mort survient le 3 novembre 1933.

On pratique l'autopsie.

Il s'agit d'un carcinome de l'utérus avec adhérences et métastases au mésentère, aux ganglions iliaques et inguinaux. On note des lésions de néphrite chronique et de néphrite aiguë, de cystite. Par ailleurs, on constate une dégénérescence graisseuse du foie.

En conclusion, il s'agissait d'un adéno-sarcome papillaire typique avec infiltration considérable de la paroi utérine. Il n'est pas nettement embryonnaire et ne diffère pas beaucoup de certains endométriomes carcinomateux de l'adulte.

OBSERVATION III

Adénocarcinome du col de l'utérus chez une enfant de vingt-deux mois (L. C. SCHEFFEY et B. L. CRAWFORD, Philadelphie, U. S. A.).

Il s'agit d'une enfant âgée de 22 mois, envoyée par le Docteur WALTER LEVINGSTON, de Landsdown, Pa., admise à l'hôpital le 6 juillet 1931, pour un suintement vaginal hémorragique léger et intermittent durant depuis quatre semaines et non accompagné de douleurs. Auparavant, l'enfant semblait bien portante et normale.

L'examen général resta négatif. Un examen complet du sang révéla une anémie secondaire. Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn furent négatives. Les organes génitaux externes étaient normalement constitués. Aucune trace de traumatisme n'a pu être décelée.

La palpation de l'abdomen ne mit en évidence aucune tumeur; il n'y avait pas d'adénopathies.

Une radiographie pulmonaire ne révéla rien d'anormal.

Au toucher rectal, au-dessus du rectum, on sentit une masse adhérente au fond utérin, perceptible à travers la paroi recto-vaginale.

Sous anesthésie générale dans la position genu-pecto-

rale, un examen direct du vagin et du col fut pratiqué à l'aide d'un cystoscope de Kelley. Cette manœuvre provoqua une hémorragie abondante, mais un lavage permit de découvrir le champ suffisamment pour que l'on puisse voir une excroissance friable ressemblant à un champignon, occuper le col et s'étendre sur la paroi vaginale supérieure. Une biopsie fut pratiquée et le vagin légèrement tamponné.

Le rapport histologique du Dr CRAWFORD est le suivant :

« L'examen des coupes des fragments prélevés par biopsie révèle une nappe de tissu granuleux avec une réaction inflammatoire extensible et de la nécrose, surtout à la surface.

« Il existe une trame du tissu conjonctif contenant un petit nombre de vaisseaux sanguins.

« Vers le centre du fragment, on trouve un petit espace occupé par des cellules d'aspect particulier et qui sont de toute évidence de nature néoplasique. Les cellules tumorales sont indifférenciées et sont assez grandes avec de volumineux noyaux sombres dont un grand nombre sont en mitose. Ces cellules, pour la plupart, n'ont aucune structure caractéristique et constituent un bloc solide avec une ébauche de tissu fibreux. Mais, certaines de ces cellules ressemblent à des cellules épithéliales et se groupent en acini, sans aucune structure normale.

« Plusieurs coupes de fragments biopsiques furent examinées, les coupes furent faites à des endroits différents et cependant toutes offraient une image identique. Alors que la plus grande partie du tissu est inflammatoire et nécrotique, il existe un tissu suffisamment bien con-

servé dans un petit espace près du centre du fragment biopsique, qui peut être sûrement identifié comme celui d'une tumeur maligne. On doit le considérer comme étant d'origine épithéliale, de type cylindrique plutôt que comme appartenant au type pavimenteux.

» « En conclusion, adénocarcinome du col. »

Devant l'inopérabilité de la tumeur, une série de Rayons X pénétrants fut instituée durant cinq à six semaines. Une application de radium devait être envisagée ultérieurement. Durant ce temps, l'état général s'altéra, l'enfant présenta de la diarrhée, de l'anorexie, des vomissements, de l'anémie progressive, enfin des signes de bronchite.

L'enfant mourut le 26 août 1931.

L'autopsie confirma le diagnostic d'adénocarcinome du col.

OBSERVATION IV

Cancer du col de l'utérus chez une enfant de sept mois
(E. WATERS).

L'observation est celle d'une enfant née à terme, pesant 3 kg. 190 à la naissance; le travail a duré vingt-sept heures. Elle était le premier enfant.

Il n'y a rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires : en particulier, on ne note aucun cas de cancer. L'enfant a été élevée au sein et sevrée à l'âge de huit mois.

Le premier symptôme fut une hémorragie qui survint à l'âge de sept mois, en septembre 1937 et se répéta le mois suivant.

L'hémorragie était bien d'origine génitale; elle s'est reproduite en novembre et en décembre.

On a éliminé le diagnostic de règles post-natales; en effet, le temps pendant lequel la métrorragie a persisté a été assez long.

Un examen pratiqué avec un spéculum nasal et auriculaire a permis de voir une excroissance polypoïde du col, de la grosseur d'un pois. Cette tumeur, de couleur rouge pourpre, saignait facilement.

Une biopsie a permis de porter le diagnostic d'adénocancer du col.

Un traitement radiothérapique a été institué, à la fin duquel les signes de malignité ont disparu.

L'enfant n'a pas saigné de février 1938 à août 1938. A cette époque, on a constaté une récidue sur le col. Après une cure de radium *in situ*, les signes de malignité disparaissent encore une fois.

Mais, au mois de novembre de la même année, se produit une métastase au rectum.

A l'âge de vingt-et-un mois apparaissent des signes de propagation; l'état général décline.

La mort survient le 28 décembre 1938, à l'âge de un an et dix mois.

A l'autopsie, on constate l'extension du processus cancéreux au paramètre à la vessie et au rectum. On retrouve des métastases aux ganglions rétro-péritonéaux et médiastinaux; le foie et les poumons sont atteints.

OBSERVATION V

Tumeur maligne du col de l'utérus chez une petite fille âgée de seize mois (F. KOLLUAAS, de Dinsburg Bade).

Il s'agit d'une petite fille de seize mois.

Dans les antécédents des parents, des grands-parents, de même que chez les collatéraux de l'enfant, on n'a trouvé aucun cas de tumeur maligne.

Les parents de l'enfant n'ont jamais été gravement malades.

La mère est réglée depuis l'âge de treize ans; les règles sont normales.

Elle a eu 4 enfants, dont le premier est mort en 1917 à l'âge de trois semaines, de convulsions; le deuxième enfant, actuellement âgé de onze ans, est bien portant; il en est de même du troisième âgé de huit ans.

L'enfant A... est née le 9 juillet 1928.

Pendant la grossesse, la mère ne fut pas toujours en parfaite santé. L'enfant, d'après ses dires, serait née à terme, peut-être même avec un retard de trois semaines. L'accouchement fut normal. L'enfant poussa bien.

C'est à l'âge de six mois qu'apparurent les premiers symptômes de la maladie. A deux reprises, la mère remarqua des taches de sang sur les couches de l'enfant.

Depuis cette époque, l'appétit de l'enfant diminua.

Les hémorragies provenaient des voies génitales.

Peu abondantes, elles duraient trois jours, espacées par trois ou quatre semaines. Puis, apparût, alternant avec les hémorragies, un écoulement fétide qui, depuis

lors, ne cessa plus. Avant et pendant l'hémorragie, l'enfant devenait grognon, ne jouait plus, mangeait mal. Depuis le début de la maladie, l'enfant prit difficilement le sein, mais se développa bien et, à un an, commença à vouloir marcher.

A l'âge de quatorze mois, la petite malade présenta une hémorragie plus forte que d'ordinaire. Le médecin traitant envoya la malade à l'hôpital.

Après un tamponnement et un traitement de CLAUDE, l'hémorragie s'arrêta.

Plusieurs examens microscopiques des sécrétions vaginales ne montrèrent pas de gonocoques. Par contre, la biopsie permit à l'Institut d'Anatomie Pathologique de Düsseldorf de conclure à une tumeur d'origine épithéliale de l'utérus.

L'enfant reçut des injections au permanganate de potassium pour lutter contre les pertes fétides et un traitement de CLAUDE fut institué contre l'hémorragie.

Cependant, la maladie évoluait sans rémission. L'état général s'altéra rapidement et l'anémie progressa. L'abdomen augmenta de volume et devint tympanique.

La mort survint le 8 octobre 1929 dans le coma urémique.

L'autopsie pratiquée par le Professeur Agrégé SCHLEUSSING, de l'Institut d'Anatomo-Pathologie de Düsseldorf, révéla la présence d'une tumeur maligne du col de l'utérus et du vagin, avec atteinte des tissus voisins. De plus, on nota une compression des uretères et de l'urètre. La dilatation des uretères en amont de la compression atteignait la grosseur d'un crayon. Dilatation et

hypertrophie des parois musculaires de la vessie. Hydro-néphrose importante. Dilatation et hypertrophie des parois utérines. Métastase dans les ganglions lymphatiques périaortiques, au foie, au poumon droit, de même qu'aux ganglions péribronchiques du poumon droit. Catarrhe péribronchique et bronchopneumonie pseudolobaire : foyers bilatéraux avec œdème et emphysème. Inflammation et hypertrophie des ganglions trachéobronchiques. Thrombose des veines iliaques internes et de la veine iliaque primitive droite. Eczéma suintant du siège et lésions de grattage sur la poitrine.

Compte rendu histologique. — La tumeur du col et les métastases présentent le même aspect histologique. Les cellules sont de taille variable; épithéliales pour la plupart, elles ont un gros noyau clair entouré d'un protoplasma richement développé. Certaines cellules ont un aspect en fuseau, qui les rapproche beaucoup du type fibroblastique que l'on rencontre dans certaines tumeurs. Les cellules à noyaux multiples sont isolées. On peut voir en partie de noyaux agglomérés. Dans l'ensemble, les mitoses ne sont pas nombreuses; on trouve plus volontiers des aspects de nécrose et d'inflammation.

On peut classer cette tumeur parmi les tumeurs malignes; l'image en est plus voisine de celle des sarcomes que des formes carcinomateuses véritables.

DIAGNOSTIC

Les six cas de cancers de l'utérus, que nous venons d'exposer montrent tous l'énorme difficulté et les tâtonnements du diagnostic au début de la maladie.

Des signes qui, dans l'esprit du médecin, invoqueraient l'idée de malignité chez une malade âgée, sont plus volontiers, chez l'enfant, mis d'emblée sur le compte d'affections banales ou de troubles fonctionnels. Cependant, la symptomatologie est la même chez la petite fille et chez la femme : les métrorragies et les écoulements plus ou moins fétides se retrouvent dans tous les cas. Mais, chez l'enfant, en l'absence d'hémorragie, on ne pense pas à ce diagnostic ; cette phase de début passe inaperçue.

Ce sont les pertes sanglantes qui constituent le maître symptôme de ce tableau. D'abord rares, intermittentes, peu abondantes, elles attirent l'attention des parents. En effet, quelques taches de sang qu'on trouve sur une couche inquiètent la maman et l'amènent à consulter.

La baisse de l'état général, l'anémie, l'anorexie, ne

sont que des symptômes beaucoup plus tardifs, mais ils ont une grosse importance. En effet, devant un diagnostic hésitant, ces signes évoquent l'idée de gravité et invitent à pratiquer des examens spéciaux qui, eux, vont conduire au diagnostic de certitude.

Cependant, d'après J. A. KELLY, de New-York, il ne s'écoule en moyenne pas moins de cinq mois depuis la première hémorragie jusqu'au jour où un diagnostic précis est posé.

Le toucher rectal et le toucher vaginal sont des examens essentiels. Mais, ces manœuvres, si courantes chez une adulte, se heurtent à de grosses difficultés chez l'enfant, surtout le toucher vaginal chez une petite fille.

Dans les observations que nous venons de citer, il a fallu deux fois recourir à l'anesthésie générale et une fois à une épisiotomie. Il en est de même de l'examen au spéculum : la diversité des appareils utilisés : spéculum nasal, auriculaire, voire cystoscope, montre jusqu'à quel point cet examen est insolite chez le petit enfant. La certitude sera donnée par la biopsie et parfois par une laparatomie exploratrice.

Dans les observations que nous avons relatées, on trouve trois cas de cancer du corps de l'utérus pour trois cas de tumeur du col. L'adénocarcinome semble être la forme la plus fréquente, mais souvent les formes observées sont très difficiles à classer. En parti-

culier, notre cas personnel ne peut être classé que dans le groupe assez vague des dysembryomes.

D'ailleurs, quelle que soit la forme histologique, le pronostic est toujours très grave. Nous n'avons trouvé dans la littérature aucun cas de survie chez le tout jeune enfant.

Le traitement n'aurait de chance de succès que si le diagnostic était posé précocement. L'exérèse large de la tumeur a été tentée, elle ne s'avère pas plus heureuse que la radio et la radiumthérapie. Certains auteurs ont associé la roentgenothérapie et la curiethérapie aux traitements chirurgicaux. Il est délicat de choisir à l'heure actuelle parmi ces méthodes. Le problème essentiel reste celui du diagnostic précoce.



Nous avons dit, au début de ce travail, tout l'intérêt du diagnostic différentiel. Nous ne croyons pas celui-ci possible au stade pré-hémorragique de l'affection : la rareté du fait s'y oppose presque formellement.

Il s'agit du diagnostic d'une métrorragie chez une petite fille.

Les causes évidentes sont presque toujours faciles à éliminer : tel est le cas du traumatisme, soit chute sur le périnée, soit introduction d'un corps étranger

dans le vagin. Chez les très jeunes enfants, les hémorragies vaginales, d'ordre médico-légal, sont exceptionnelles.

Nous n'insisterons pas sur les pertes sanglantes des maladies héréditaires ou acquises, comme la syphilis ou la tuberculose.

Beaucoup plus complexe est le cas des maladies hémorragipares. Ce diagnostic a été facilement éliminé dans les cinq cas que nous avons rapportés à la suite du nôtre. Mais, chez notre petite malade, il existait des antécédents nets au point de vue troubles de la crase sanguine : un demi-frère était, paraît-il, hémophile ; la grand'mère paternelle hémogénohémophilique. Cependant, le temps de saignement de l'enfant, lors du premier examen, est de deux minutes, — soit normal, — même écourté, et le temps de coagulation est de 18 minutes sur lame. Ce chiffre pouvait-il expliquer la tendance marquée aux hémorragies ? Elle semblait spontanée et non secondaire à un traumatisme du col, si minime fût-il. Le temps de coagulation étant passé à sept minutes quelques jours après, les antécédents et ces chiffres ne suffisaient plus pour étayer le diagnostic.

Le suintement fétide, parfois même sanguinolent est d'une constatation habituelle dans les vulvo-vaginites gonococciques des petites filles. Cette affection, assez fréquente, est d'un diagnostic relativement aisé

par la mise en évidence du diplocoque de Neisser dans les sécrétions vulvo-vaginales. Chez notre enfant, le prélèvement fut négatif, d'ailleurs les hémorragies franches sont plutôt rares dans cette maladie.

D'un diagnostic plus délicat sont les métrites, cervicites et endométrites de l'enfant.

Nous citerons pour mémoire les règles post-natales qui surviennent dans la première semaine de la vie, font partie du syndrome décrit sous le nom de « crise génitale du nouveau-né » et n'ont aucun caractère pathologique.

Il n'en est pas de même de la puberté précoce.

En effet, quand les règles apparaissent chez une petite fille de quelques mois, ces hémorragies posent toujours un problème très délicat. Le Docteur FEYDIT, élève de notre Maître, le Docteur MILHIT, a consacré sa thèse à l'étude de cette question.

Nous distinguerons avec elle la puberté précoce secondaire à des processus tumoraux des glandes à sécrétion interne, de la puberté précoce dite essentielle — *pubertas praecox vera* des auteurs anglais, *maturnité sexuelle primaire* des auteurs allemands.

La puberté précoce essentielle se caractérise par un développement harmonieux de la taille et des organes génitaux. On ne trouve aucun phénomène morbide surajouté, aucune tumeur. Cependant, certains auteurs ne rejettent pas l'idée d'un adénome microscopique qui

expliquerait pour eux l'hyperfonctionnement endocrinien, d'où apparition des caractères sexuels secondaires.

C'est, en effet, la notion de tumeur d'une quelconque des glandes à sécrétion interne qui caractérise ce qu'on pourrait appeler la puberté précoce secondaire.

Avec Mlle FEYDIT, on peut distinguer ainsi :

- un syndrome surrénal,
- un syndrome épiphysaire,
- un syndrome ovarien.

LE SYNDROME GÉNITO-SURRÉNAL

Il est caractérisé par des troubles du système pileux qui est particulièrement luxuriant et affecte une topographie masculine. On oppose cet hirsutisme à l'hypertrichose banale. Souvent, il coexiste des troubles du tissu adipeux, l'obésité est parfois très prononcée. Les fonctions génitales sont troublées : soit éruption des règles dès la première enfance (c'est le cas qui nous intéresse), soit troubles morphologiques pouvant aller jusqu'au pseudo-hermaphrodisme.

LE SYNDROME ÉPIPHYSAIRE.

Se caractérise cliniquement par un syndrome dystrophique, un syndrome nerveux, enfin un syndrome oculaire. La dystrophie peut porter sur un accroisse-

ment rapide mais harmonieux de la taille ou bien sur le développement prématuré des organes génitaux; on observe l'apparition précoce des poils aux régions génitales, aux aisselles et à la face, chez les garçons seulement.

Quant au syndrome oculaire, son signe cardinal est la paralysie verticale du regard.

Il est à noter que la menstruation apparaît très tôt chez les filles atteintes de macrogénitosomie d'origine pinéale.

LE SYNDROME OVARIEN .

Le syndrome ovarien, qui détermine l'apparition d'une puberté précoce, donne, quand il est au complet :

- la menstruation,
- le développement des caractères sexuels secondaires,
- l'accroissement rapide et exagéré de la taille,
- des signes de tumeur pelvienne.

De ces signes, la menstruation est le plus constant; c'est lui qui éveille l'attention et qui inquiète la famille.

Le flux cataménial est d'abondance moyenne, dure de 3 à 4 jours. Une fois installées, les règles reviennent avec une périodicité remarquable.

Le développement des caractères sexuels secondaires comprend :

- l'accroissement du volume des seins,
- le développement des organes génitaux externes,
- l'apparition des poils pubiens et axillaires.

L'apparition des poils est plus ou moins précoce; toutefois, elle est plus tardive que l'accroissement du volume des seins qui, habituellement, précède l'apparition des règles. Mais, comme cet accroissement est lent et progressif, il est facilement mis sur le compte de l'embonpoint.

L'accroissement rapide et exagéré de la taille est un phénomène inconstant mais remarquable quand il existe.

Dans la thèse du Docteur FEYDIT, nous relevons 8 observations relatives à des cas de puberté précoce, secondaires à des tumeurs ovariennes. Sur les 8 cas, 6 fois l'hémorragie fut le premier symptôme; elle fut presque concommittante des autres signes de la puberté précoce, mais ce sont ces premières menstrues qui ont attiré l'attention des parents et ont orienté le diagnostic.

Nous voyons l'importance du symptôme hémorragie dans les diverses formes de puberté précoce. Il

en est de même, avons-nous dit, pour le syndrome de maturité sexuelle essentielle.

Dans le cas des Docteurs MILHIT et PAPAÏOANNOU, cas dont l'observation est rapportée dans la thèse du Docteur FEYDIT, le rythme cataménial débuta à l'âge de 15 mois. Les règles s'installèrent après une courte période de croissance exagérée. Dans ces cas, c'est l'apparition des caractères sexuels secondaires qui permet de confirmer le diagnostic de puberté précoce. S'il s'agit de puberté précoce secondaire, c'est la recherche de la tumeur qui aidera le diagnostic, donnera l'étiologie et précisera le mécanisme de l'apparition de la puberté précoce.

De même, dans un cas de cancer de l'utérus, ce sont les examens complémentaires qui donneront la clef du diagnostic.

CONCLUSION

Le signe clinique essentiel du cancer de l'utérus chez le jeune enfant est la métrorragie. Elle semble ne jamais faire défaut. Intermittentes et peu importantes au début, les hémorragies deviennent peu à peu continues et abondantes. Parfois, les métrorragies alternent avec des pertes plus ou moins fétides.

Elles se voient dans toutes les formes anatomo-pathologiques de la maladie.

A côté de ce signe primordial, le toucher rectal, le toucher vaginal, et surtout la biopsie, permettent de poser un diagnostic de certitude.

Il n'est pas besoin d'insister sur la gravité du pronostic et sur la difficulté du traitement. Peut-être le diagnostic est-il posé trop tardivement pour que la thérapeutique ait quelques chances de succès.

Le diagnostic d'un cancer de l'utérus chez le tout jeune enfant est très délicat. C'est un diagnostic d'exception, que confirmera nécessairement une biopsie, voire même une laparatomie exploratrice.

Si les causes évidentes, comme les traumatismes, les affections chroniques, hémorragipares ou bactérien-

nes, sont relativement faciles à éliminer, il n'en est pas de même de la puberté précoce. Dans un cas de puberté précoce secondaire à un processus tumoral d'une glande à sécrétion interne, les signes de la tumeur elle-même aident au diagnostic. Mais, le flux menstruel est souvent le premier signe en date. Le diagnostic est peut-être encore plus ardu avec un syndrome de maturité sexuelle essentielle où souvent les règles s'installent avant même l'apparition des signes sexuels secondaires.

Enfin, malgré la rareté des cas de cancers utérins chez le jeune enfant, ce diagnostic devra être discuté en présence de toute métrorragie de cause non évidente chez l'enfant. En effet, la précocité du diagnostic permettra-t-elle peut-être de rendre moins sombre le pronostic.

Vu

Le Doyen :

BAUDOUIN

Vu

Le Président de la Thèse :

LEVEUF

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris :

G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- AUSSET. — A propos d'un cas de maturité sexuelle précoce chez un enfant de quatre ans neuf mois (*Echo médical du Nord*, 30 juin 1901).
- BINET (André). — Etude clinique de la puberté chez la femme (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1932).
- COTTE. — Les troubles fonctionnels de l'appareil génital chez la femme (Masson, 1931).
- DALCHÉ. — La puberté chez la femme (*Gynécologie médicale*).
- FEYDIT (Madeleine). — A propos d'un cas de maturité sexuelle précoce chez une petite fille de quinze mois (*Thèse Paris*, 1935).
- GALLAIS. — Le syndrome génito-surrénal (*Thèse Paris* 1912).
- GAUTIER. — Des hémorragies génitales des petites filles, de la menstruation et de la maturité précoce (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1884).
- GILBERT (J. B.). — Carcinoma of body of uterus in childhood (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 24 402-405, sept. 1932).
- GLASER. — Pubertas praecox (*Wien. med. Wochenschrift*, 3 sept. 1927).
- GUSSEROW. — Billroth, Lucker Handbuch der Frauenkrankheit, 1866.

- HIRST (B. C.). — (*Am. J. Obst. and Gynec.* 18, 104-1929).
- KEATINGE. — Two cases of precocious puberty (*J. of Obst. and Gynecology of the British Empire*, 1926).
- KELLY (J. A.). — Gynecologic cancer in children (*J. pediat.* 15. 354-362-sept. 1939).
- KOLLHAAS (F.). — Ein Fall von malignen Cervix tumor bei einem 16 Monate alten Mädchen. (*Monatschr. f. Geburtshu. Gynäk.* 86; 58-59 sept. 1930).
- LEREBOULLET. — Les syndromes hypophysaires et épiphysaires en clinique infantile (Baillière, 1924).
- LOCKHART (H. A.). — Cancer of uterus in childhood (*Am. J. Obst. and Gynec.* 30; 76-80 juillet 1935).
- MILHIT et PAPAIOANNOU (Mlle). — Un cas de maturité sexuelle précoce chez une enfant de quinze mois (*Société de Pédiatrie de Paris*, 20 mars 1934).
- MORSE. — (*Am. J. Obst. and Gynec.*, 19.520-1930).
- NOBÉCOURT. — Les syndromes endocriniens dans l'enfance et la jeunesse, 1923.
- NOBÉCOURT et BABONNEIX. — Syndromes génito-surrénaux (*Traité de Médecine des Enfants*).
- PETERSON (R.). — (*Surg. Gynec. Obst.* 24; 544-1919).
- PÉZARD et CARIDROIT. — Caractères sexuels secondaires (*Traité de Physiologie normale et pathologique*, t. XII, Reproduction et croissance).
- RACIBORSKI. — De la menstruation enfantine et sérotine (*Traité de la menstruation*).
- RETTERER. — Puberté et maturité sexuelle (Doin, 1925).
- RIVOIRE. — Les relations hypophyso-endocriniennes, hypophyse et glandes génitales (*Presse médicale*, 1^{er} décembre 1934).

SCHEFFEY (L. C.) et CRAWFORD (B. L.). — Adenocarcinoma of cervix in 22 months old child (*Am. J. Obst. and Gynec.* 24; 118-122 juillet 1932).

SIEGMUND. — Pubertas Praecox als Folge chorion epitheliomatösen Wüchernugen (*Ann. für Gynäkologie*, Berlin, 1932).

SOUTHAM. — Ovarian sarcoma in a child associated with sexual precocity (*British Medical Journal*, 1928).

WATERS. — Cancer du col de l'utérus chez une enfant âgée de sept mois (*Am. J. Obst. and Gynec.* 39; 1055-1057, juin 1940).

